



Universidade de Aveiro Departamento de Educação e Psicologia  
2018

**PATRÍCIA BARRETO  
PEIXINHO**

**O *COPING* NA PERCEÇÃO DA DOR E *DISTRESS*  
PSICOLÓGICO EM DOENTES CRÓNICOS**



**PATRÍCIA BARRETO  
PEIXINHO**

**O *COPING* NA PERCEÇÃO DA DOR E *DISTRESS*  
PSICOLÓGICO EM DOENTES CRÓNICOS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica do Doutor José Ignacio Guinaldo Martin, Professor Auxiliar do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro.

Elaborada no âmbito do projecto de investigação intitulado "*Mediation and moderation effects of culture, religion, beliefs and coping in the adjustment to chronic pain*", financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BPD/121452/2016).

## **o júri**

presidente

**Prof. Doutora Marlene da Rocha Miguéis**  
professora auxiliar, Universidade de Aveiro

**Doutora Maria Alexandra Ferreira-Valente**  
investigadora de pós-doutoramento, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA)

**Prof. Doutor José Ignacio Guinaldo Martin**  
professor auxiliar, Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

Ao Doutor José Martin, pela orientação ao longo deste processo.

À Doutora Anabela Pereira, por todo o apoio, dedicação e incentivo valiosíssimos, profissional de excelência e fundamental no meu percurso académico, muito obrigada pelo voto de confiança.

À Doutora Alexandra Ferreira-Valente, profissional de excelência na área da dor crónica, agradeço a sua dedicação e apoio.

À minha família, desde pais, irmãs, tio e avós, muito obrigada por todo o carinho, força e incentivo desde sempre. Sem vocês teria sido impossível.

Aos meus amigos, por toda a alegria, motivação e apoio nos momentos mais difíceis, por terem mais confiança em mim do que eu própria, o meu muito obrigada. Continuem a ser vocês próprios, que são os melhores.

## palavras-chave

dor crónica; *coping*; percepção da dor; *distress* psicológico; ansiedade; depressão

## resumo

A dor crónica é uma das principais problemáticas atualmente ao nível da saúde, sendo a segunda doença mais prevalente em Portugal e com custos elevados para a sociedade e para o indivíduo. Estudos recentes têm evidenciado a elevada comorbilidade da dor com outras patologias psiquiátricas, como a ansiedade e a depressão, assim como a importância dos fatores psicossociais e do *coping* na gestão da dor.

Este estudo teve como objetivo caracterizar uma amostra de pessoas com dor crónica quanto à dor, impacto da dor (interferência da dor em atividades de vida diárias, ansiedade e depressão) e *coping*. Pretendeu também estudar a relação entre estas variáveis e identificar preditores de capacidade funcional, ansiedade e depressão nesta amostra.

A amostra foi constituída por 107 indivíduos com dor crónica, com idades compreendidas entre os 20 e os 85 anos. Foi utilizado um protocolo de questionários, composto pelo o Inventário Resumido da Dor (BPI), o Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica (CPCI-16) e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).

Os resultados indicaram níveis elevados de intensidade e interferência da dor nas atividades de vida diária nesta população, assim como de ansiedade e depressão. As estratégias de *coping* apresentaram correlações estatisticamente significativas com as outras variáveis de dor e de saúde mental, sendo de destacar o descanso, os pedidos de ajuda e a persistência na tarefa como os preditores mais significativos de dor e *distress* psicológico. A idade também se revelou um preditor significativo de intensidade e interferência da dor.

Sendo estas relações dinâmicas evidentes, salientam-se algumas implicações deste estudo na compreensão da dor crónica para investigações futuras e prática clínica, particularmente ao nível da intervenção psicológica, contribuindo assim para a promoção da qualidade de vida e bem-estar a longo-prazo de pessoas com dor crónica.

**keywords**

chronic pain; coping; pain perception; psychological distress; anxiety; depression

**abstract**

Chronic pain is one of the main problems currently in health, being the second most prevalent disease in Portugal and with high costs for the society and for the individual. Recent studies have shown the high comorbidity of pain with other psychiatric disorders, such as anxiety and depression, as well as the importance of psychosocial and coping factors in pain management.

This study aimed to characterize a sample of people with chronic pain as to pain, impact of pain (pain interference in daily life activities, anxiety and depression) and coping. It also intended to study the relationship between these variables and to identify predictors of functionality, anxiety and depression in this sample. The sample consisted of 107 individuals with chronic pain, aged between 20 and 85 years. A questionnaire protocol was used, composed by the Brief Pain Inventory (BPI), the Two-item Chronic Pain Coping Inventory (CPCI-16) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

The results have shown high levels of pain intensity and interference in activities of daily living in this population, as well as anxiety and depression. The coping strategies presented statistically significant correlations with the other pain and mental health variables, with emphasis on resting, asking for assistance and task persistence as the most significant predictors of pain and psychological distress. Age has also been found to be a significant predictor of pain intensity and interference.

Considering the evidence of these dynamic relationships, we highlight some implications of this study in the understanding of chronic pain for future research and clinical practice, particularly at the level of psychological intervention, thus contributing to the long-term promotion of the quality of life and well-being of chronic pain patients.

## Índice

Índice de Figuras .....	ii
Índice de Tabelas .....	iii
Lista de Anexos .....	iv
Lista de Abreviaturas .....	v
Introdução .....	1
Perceção da dor.....	2
Ansiedade, depressão e dor crónica.....	4
<i>Coping</i> e dor crónica.....	5
Métodos .....	8
Amostra .....	8
Instrumentos .....	9
Procedimento .....	11
Análise de dados .....	12
Resultados.....	12
Caracterização da dor crónica na amostra quanto às variáveis em estudo .....	12
Estudo da relação entre as variáveis .....	17
Preditabilidade das variáveis .....	18
Discussão .....	20
Referências .....	25
Anexos .....	31

## **Índice de Figuras**

Figura 1. Distribuição das patologias causadoras de dor na amostra. ....	13
Figura 2. Duração da dor crónica e altura do diagnóstico da patologia causadora de dor. .	14
Figura 3. Níveis de intensidade da dor nas últimas 24 horas (BPI-IT). ....	14
Figura 4. Níveis de interferência da dor nas últimas 24 horas (BPI-IF).....	15



## Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	8
Tabela 2. Comorbilidades entre patologias crónicas na amostra .....	13
Tabela 3. Valores médios de intensidade e interferência da dor na amostra (BPI).....	15
Tabela 4. Valores médios das estratégias de <i>coping</i> com a dor crónica na amostra (CPCI) .....	16
Tabela 5. Análise de possíveis perturbações ansiosas ou depressivas na amostra (HADS) .....	17
Tabela 6. Correlações parciais (controlando para sexo e idade) entre as variáveis em estudo .....	17
Tabela 7. Análise de regressões hierárquicas preditoras de variáveis da dor.....	18
Tabela 8. Análise de regressões hierárquicas preditoras de variáveis de saúde mental .....	19

## **Lista de Anexos**

Anexo A. Entidades e associações colaboradoras na divulgação do questionário .....	32
Anexo B. Consentimento informado .....	13

### Lista de Abreviaturas

IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
DGS	Direção-Geral da Saúde
QdV	Qualidade de vida
BPI	Inventário Resumido da Dor ( <i>Brief Pain Inventory</i> )
CPCI-16	Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica ( <i>Two-item Chronic Pain Coping Inventory</i> )
HADS	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar ( <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> )
<i>M</i>	Média
<i>DP</i>	Desvio-padrão



## Introdução

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor pode ser definida como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associadas a lesão tecidular potencial ou real, ou descrita em função dessa lesão” (IASP Task Force on Taxonomy, 2002, p. 210). Sendo uma experiência multidimensional complexa, única e subjetiva a cada indivíduo, a dor aguda tem uma função biológica protetora, permitindo que o indivíduo reaja de forma reflexa e preventiva contra estímulos potencialmente causadores de dano físico, que são percebidos como dor (Mirchandani, Saleeb, & Sinatra, 2011; Patel, 2010). Considera-se crónica uma dor que persiste durante mais de 3 meses, ou para além do tempo de cicatrização expectável em função da lesão (ou na ausência de lesão tecidular), ou ainda quando a incapacidade associada é superior à esperada (Mirchandani et al., 2011). A persistência da dor leva à ocorrência de alterações funcionais e estruturais no sistema nervoso, através de mecanismos bioquímicos e patofisiológicos, tornando-se uma doença em si mesma (Fine, 2011; Voscopoulos & Lema, 2010). Assim, a dor crónica possui uma etiologia indefinida e um prognóstico menos previsível, visto que diferentes tipos de dor apresentam características patofisiológicas distintas (Mirchandani et al., 2011; Voscopoulos & Lema, 2010).

Atualmente, a dor crónica apresenta-se como uma das principais preocupações ao nível da saúde, estimando-se que afete cerca de 19% da população adulta europeia, com intensidade moderada a severa; além de a referenciação para especialistas da dor ser rara, quase metade recebe tratamento inadequado (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006; Breivik, Eisenberg, & O'Brien, 2013). O mais recente estudo epidemiológico na população portuguesa estimou que a prevalência na população adulta seria de 37%, apresentando-se de forma recorrente em 14% dos portugueses, com intensidade moderada a elevada, o que se reflete numa alta prevalência de incapacidade funcional relacionada com a dor (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, & Castro-Lopes, 2012). Em Portugal, a dor crónica é a segunda doença mais prevalente, com patologias osteoarticulares como causa primária de mais de 40% dos casos, pelo que a Direção-Geral da Saúde (DGS) elaborou o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, estabelecendo metas nacionais até 2020 para a prevenção e tratamento da dor crónica (Azevedo et al., 2012; DGS, 2017).

A dor crónica reduz consideravelmente a qualidade de vida (QdV) dos doentes crónicos, afetando diversos domínios, como a capacidade funcional, e associado a défices em processos cognitivos (*e.g.*, atenção, memória), maior tendência para desenvolver patologias

cardiovasculares, perturbações do sono, disfunções sexuais, assim como uma maior prevalência de perturbações depressivas e ansiosas, ideação e tentativa de suicídio (Azevedo et al., 2012; Fine, 2011; Racine, 2018). Também os custos socioeconómicos associados são elevados, dado que para além dos cuidados de saúde necessários, no contexto laboral a dor é responsável por perda de produtividade, seja pelo impacto da dor no trabalho ou pela incapacidade funcional associada a baixas médicas, absentismo e reformas antecipadas (Breivik et al., 2013; Fine, 2011).

### **Perceção da dor**

A multidimensionalidade da experiência dolorosa é um complexo fenómeno biopsicossocial, que compreende uma interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e contextuais - consequentemente, as experiências dolorosas reportadas por cada pessoa são subjetivas e variam largamente, tanto na sua perceção, como nos efeitos e respostas à dor (Meints & Edwards, 2018; Turk, Fillingim, Ohrbach, & Patel, 2016). Os fatores psicossociais têm-se revelado preditores significativos de dor e funcionalidade em indivíduos com incapacidades físicas; paralelamente, a dor crónica é também influenciada por processos cognitivos - fatores emocionais, antecipatórios e atencionais alteram o processamento da dor, pelo que é comum para pessoas com dor crónica experienciarem um estímulo inócuo como sendo doloroso (Bushnell, Čeko, & Low, 2013; Racine, 2018).

A evidência sugere que a dor crónica é mais comum em indivíduos com outras patologias crónicas comórbidas, sendo que o principal fator clínico para a desenvolver numa região corporal específica é a ocorrência de dor - quanto maior a sua intensidade e número de regiões afetadas, geralmente também a dor crónica será mais acentuada (van Hecke, Torrance, & Smith, 2013). Estas síndromes apresentam maior incidência em mulheres e grupos vulneráveis (*e.g.*, baixo estatuto socioeconómico, idosos), e tendem a intensificar-se com o avançar da idade, aliadas à perda de capacidade funcional (Azevedo et al., 2012; Macfarlane, McBeth, & Jones, 2013; Simons, Elman, & Borsook, 2014; van Hecke et al., 2013). Para além disso, o sexo feminino tende também a reportar menores tolerância e limiar máximo de dor, experienciando-a como mais intensa e incapacitante; estas diferenças poderão estar associadas a fatores biológicos, embora seja ainda inconclusivo (Macfarlane et al., 2013; Simons et al., 2014; van Hecke et al., 2013).

Uma revisão de Simons e colegas (2014) evidenciou que as alterações neuroanatômicas progressivas associadas à dor crónica, associadas a declínio cognitivo, afetam continuamente o bem-estar psicológico do indivíduo, potenciando a transição dos afetos negativos e

comportamentos maladaptativos para um nível clínico de perturbação psiquiátrica. Estes estados emocionais negativos pioram significativamente as condições dolorosas, impactando negativamente a saúde mental do indivíduo; assim, tem sido sugerido que estes fatores psicológicos, causadores de *distress*, se encontram fortemente associados a experiências dolorosas adversas, mais ainda do que fatores clínicos (Bair, Wu, Damush, Sutherland, & Kroenke, 2008; Simons et al., 2014). Paralelamente, estas perturbações poderão contribuir para a experiência da dor, na medida em que aumentam a probabilidade de isolamento social, maior atenção a potenciais ameaças, e o evitamento de atividades físicas (de Heer et al., 2014).

A literatura tem demonstrado que as condições psiquiátricas que mais frequentemente apresentam comorbidade nesta população são a depressão e a ansiedade - esta tríade poderá ser explicada por mecanismos psicológicos, dado que a perceção da dor do indivíduo poderá estar exacerbada devido a estas perturbações (Bair et al., 2008; Velly & Mohit, 2018). Em termos patofisiológicos, tem sido evidenciada uma sobreposição de *pathways* centrais nocicetivos e afetivos, tanto para a dor como para a depressão - o *distress* psicológico, em comorbidade com a dor crónica, poderá resultar numa desregulação dos sistemas de modulação da dor, sugerindo que a dor crónica poderá ser modulada de forma central no sistema nervoso (Alschuler, Ehde, & Jensen, 2013; Bair et al., 2008). Estas perturbações psiquiátricas poderão ter uma relação mais complexa com a dor crónica, ao contribuir para a transição de *distress* psicológico para uma perturbação mental estabelecida; ao invés, estas poderão modificar o risco do indivíduo de desenvolver dor crónica (Velly & Mohit, 2018). Um estudo longitudinal de Gerrits e colegas (2012) investigou a relação entre a dor e o curso de perturbações depressivas e ansiosas ao longo de dois anos, e concluiu que uma maior duração e intensidade da dor, número de regiões corporais com dor e uso diário de medicação, aumentavam significativamente o risco de vir a desenvolver uma destas perturbações. Uma revisão sistemática concluiu que o *distress* psicológico, nomeadamente depressão e ansiedade reportadas pelo indivíduo, estão frequentemente associadas a resultados terapêuticos mais pobres, assim como menor adesão terapêutica e comportamentos de saúde (Celestin, Edwards, & Jamison, 2009). Um estudo realizado com 500 doentes crónicos, divididos em quatro grupos – apenas dor (P), dor e depressão (PD), dor e ansiedade (PA) e com as três condições (PDA) – concluiu que os pacientes PD ou PA experienciavam a dor com maior intensidade do que os P, apesar de esta ser menor do que a reportada pelos indivíduos com PDA; de facto, a dor tornava-se significativamente mais incapacitante na presença de depressão e ansiedade (Bair et al., 2008). A comorbidade da

dor com estas condições psiquiátricas tem apresentado uma forte relação com maior intensidade da dor, interferência nas atividades de vida diárias, dias de baixa médica, e menor QdV do qualquer um dos outros grupos (Bair et al., 2008). Uma revisão sistemática acerca de dor crónica em pacientes oncológicos, concluiu que existe uma forte relação entre dor e *distress* psicológico, estando mais vulneráveis a um *distress* psicológico mais severo, assim como sintomatologia oncológica mais acentuada, refletindo-se numa menor QdV (Zaza & Baine, 2002).

### **Ansiedade, depressão e dor crónica**

A relação entre a dor e a ansiedade é significativa e encontra-se estabelecida na literatura, e apesar de estas perturbações apresentarem prevalências elevadas na população, a ansiedade tem sido menos estudada do que a depressão; contudo, estima-se que sua a prevalência seja quase o dobro comparativamente à população geral (Kroenke et al., 2013; Miller & Kaiser, 2018).

No estudo de Kroenke e colegas (2013), cerca de 46% apresentaram os critérios necessários para pelo menos uma perturbação de ansiedade, de um total de cinco que tinham sido avaliadas, apresentando elevada comorbilidade entre condições e uma forte associação a incapacidade psicológica e funcional relacionada com a dor, mesmo após ajustado para a presença de uma perturbação depressiva. A incapacidade funcional apresentou valores significativos, independentemente da perturbação ansiosa identificada, assim como um aumento incremental consoante o número de condições ansiosas presentes, afetando negativamente a QdV (Kroenke et al., 2013). De facto, a ansiedade relacionada com a dor poderá levar ao evitamento de atividades que potencialmente a poderão exacerbar, contribuindo para a manutenção da dor quando utilizada como estratégia de *coping* (Miller & Kaiser, 2018).

A depressão é a perturbação mais frequentemente comórbida com a dor crónica, estimando-se que entre 40 a 60% dos pacientes com dor crónica sofram de depressão (Miller & Kaiser, 2018; Surah, Baranidharan, & Morley, 2014). Os dados indicam que mais de 75% dos pacientes deprimidos reportam sintomatologia física dolorosa, associado a maior risco de desenvolver dor crónica - afetando negativamente a QdV do indivíduo nos diversos domínios da vida quotidiana (Alschuler et al., 2013; Lépine & Briley, 2004; Velly & Mohit, 2018).

Dor e depressão apresentam uma forte relação recíproca, afetando o risco de desenvolver a patologia e sua intensidade mutuamente - pacientes deprimidos tendem a reportar mais



queixas dolorosas e incapacidade funcional, dor de intensidade moderada a forte se encontra associada a maior sintomatologia depressiva e piores resultados terapêuticos (Lépine & Briley, 2004; Surah et al., 2014). Através da partilha dos sistemas de modulação, a dor e a sintomatologia depressiva têm também neurotransmissores em comum (*e.g.*, norepinefrina, serotonina) implicados em perturbações do humor e na experiência dolorosa - estudos imagiológicos de fMRI evidenciaram repostas cerebrais associadas a dor persistente, de fisiologia única, assim como respostas emocionais relacionadas com a dor, foco atencional e processamento de estímulos dolorosos (Alschuler et al., 2013; Bair et al., 2008; Jensen & Turk, 2014). Enquanto a sintomatologia depressiva influencia os aspetos avaliativos e afetivos da dor e da incapacidade associada, também a presença de dor afeta negativamente o diagnóstico e tratamento da depressão (Alschuler et al., 2013; Campbell, Smith, McGregor, & Sterling, 2018).

Associada ao *distress* psicológico, a dor crónica aparenta contribuir para a presença de sintomas dolorosos, afetar a adaptação à medicação antidepressiva e menor adesão terapêutica, refletindo-se num recurso mais frequente aos serviços de saúde e necessidade de tratamento (Alschuler et al., 2013; Bair et al., 2008). Aparenta também ser um preditor de pior recuperação em várias condições musculoesqueléticas crónicas (Lépine & Briley, 2004). Num estudo de coorte prospetivo a três anos, Jarvik e colegas (2005) concluíram que a depressão foi um preditor significativo da incidência de dor lombar, mais do que qualquer outro fator fisiológico, clínico ou anatómico. No referido estudo, não só os níveis de depressão prediziam o desenvolvimento de dor três anos após a avaliação inicial, como aqueles que estavam deprimidos inicialmente apresentavam mais do dobro da probabilidade de reportar dor após três anos (Jarvik et al., 2005).

Deste modo, a dor crónica é um importante fator de risco para comportamentos suicidários, em cerca de pelo menos o dobro nestes doentes comparativamente à população geral, aparentando ser independente de fatores sociodemográficos e saúde física e mental do indivíduo; considerando o papel determinante da depressão no risco de suicídio e alta comorbilidade com dor crónica, tal sugere que esta possa atuar como um mediador indireto de comportamentos suicidários (Hooley, Franklin, & Nock, 2014; Racine, 2018).

### ***Coping* e dor crónica**

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o *coping* pode ser definido como um processo que ocorre no contexto de uma situação ou condição que são avaliadas como pessoalmente significativas, e que gerem exigências específicas (externas ou internas), avaliadas pelo

indivíduo como stressantes, ou como excedendo os seus recursos de *coping*. É um processo contínuo, que exige esforços cognitivos e comportamentais da parte do indivíduo, com o objetivo de reduzir o conflito causado e, como tal, é um processo dinâmico, em constante adaptação às exigências situacionais (Lazarus, 1993). O processo de *coping* é complexo e multidimensional, sensível às influências contextuais e ambientais, assim como às características pessoais do indivíduo, impactando a sua avaliação do stress e recursos de *coping* disponíveis, o que se traduz numa grande variabilidade individual - particularmente numa situação de doença, em que o foco atencional a uma de possíveis ameaças será determinante da estratégia adotada pelo indivíduo (Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus, 1993). Assim, encontra-se fortemente associado à regulação emocional, particularmente no caso do *distress* psicológico, dado que estas exigências são determinantes nas estratégias de *coping* que o indivíduo percebe como disponíveis (Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus, 1993).

No estudo da dor, o processo de *coping* ocorre de modo semelhante – existe uma avaliação inicial da dor e dos recursos pessoais disponíveis para lidar com a dor, seguido de respostas comportamentais de gestão da dor ao nível cognitivo, comportamental e emocional (Tan, Teo, Anderson, & Jensen, 2011). A classificação deste processo como adaptativo ou maladaptativo ocorre em função do efeito da estratégia de *coping* no funcionamento do indivíduo, considerando-se adaptativo quando contribui para a sua capacidade funcional (e.g., saúde física, humor, relações sociais), ou maladaptativo, quando contribui para a manutenção da incapacidade funcional (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, Jensen, & Almeida, 2011; Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus, 1993; Tan et al., 2011). Para a maioria dos indivíduos, a dor e o seu impacto são causadores de stress, e, para além de fatores biológicos, o *coping* é condicionado pela história pessoal, personalidade, crenças e contextos sociais, sendo assim um processo individual; assim, o que é adaptativo para uma pessoa não tem necessariamente que o ser para outra (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, Jensen, et al., 2011; Folkman & Moskowitz, 2004; Tan, Nguyen, Anderson, Jensen, & Thornby, 2005).

A investigação tem evidenciado a relação entre variáveis de dor e *coping*, identificando as três principais categorias de variáveis psicossociais: crenças (crenças, avaliações e pensamentos), respostas de *coping* e variáveis socioambientais (Jensen et al., 2002). Algumas estratégias de *coping* têm vindo a demonstrar um padrão de associações com medidas de capacidade funcional, e através dos resultados obtidos, classificadas como adaptativas ou maladaptativas - enquanto o exercício físico e a persistência na tarefa têm sido associadas a maior capacidade funcional, por outro lado, o evitamento e o descanso

tendem a estar associados a maior incapacidade funcional e, portanto, classificados como maladaptativos (Jensen, Keefe, Lefebvre, Romano, & Turner, 2003; Jensen, Turner, Romano, & Karoly, 1991; Tan, Nguyen, Cardin, & Jensen, 2006).

Na literatura, as estratégias maladaptativas têm vindo a ser mais fortemente associadas ao ajustamento à dor crónica, comparativamente às adaptativas; assim, tem sido sugerido que as estas estratégias poderão diminuir os benefícios de respostas adaptativas, contribuindo para a manutenção da incapacidade (Geisser, Robinson, & Riley, 1999). Um estudo de Jensen e colegas (2002), com uma amostra de pacientes pré e pós-amputação de membro inferior, encontrou associações significativas entre medidas de cognições, *coping* e contexto socioambiental no desenvolvimento e ajustamento à dor de membro fantasma; de facto, os fatores psicossociais revelaram-se preditores da intensidade e interferência da dor, alterações subsequentes e sintomatologia depressiva. Um estudo nacional de Ferreira-Valente e colegas (2014) evidenciou uma forte associação entre as estratégias de *coping* e a interferência da dor e funcionamento físico e psicológico do indivíduo. Também neste estudo, os resultados foram mais pronunciados ao nível maladaptativo, de modo semelhante a outras culturas; contudo, as estratégias de *coping* não demonstraram uma associação significativa com a intensidade da dor. Assim, ao nível da gestão da dor, estas associações sugerem que uma mudança no foco das estratégias de *coping* focadas em comportamentos de doença para estratégias focadas no bem-estar estarão associadas a uma melhoria na intensidade da dor e capacidade funcional (Jensen et al., 1991).

Contudo, esta variabilidade individual no *coping* leva a que, apesar da associação entre *coping*, variáveis de dor e funcionamento físico e psicológico do indivíduo, se torne difícil estabelecer um padrão geral de respostas adaptativas (Ferreira-Valente et al., 2014).

## **Objetivos do estudo**

Considerando o estado da arte, torna-se evidente a importância destas problemáticas no contexto da avaliação, diagnóstico e intervenção na dor crónica. Este estudo tem como objetivo caracterizar uma amostra de pessoas com dor crónica quanto à dor, impacto da dor (interferência da dor em atividades de vida diárias, ansiedade e depressão) e *coping*. Pretende também estudar a relação entre estas variáveis e identificar preditores de capacidade funcional, ansiedade e depressão nesta amostra.

## Métodos

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação “*Mediation and moderation effects of culture, religion, beliefs and coping in the adjustment to chronic pain*” (SFRH/BPD/121452/2016), que está a ser realizado em parceria pelo *William James Center for Research* (ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal), pelo *Department of Rehabilitation Medicine* da *University of Washington* (Seattle, WA, Estados Unidos da América), e pela Universidade de Aveiro (UA, Aveiro, Portugal) desde setembro de 2017.

## Amostra

A população do estudo foi composta por 107 indivíduos portugueses com dor crónica, sendo que os instrumentos foram preenchidos em formato papel e online. A amostra apresentou idades compreendidas entre os 20 e os 85 anos ( $M=46.72$ ;  $DP=15.63$ ), com 86% do sexo feminino ( $N=92$ ) e 14% do sexo masculino ( $N=15$ ). Os restantes dados sociodemográficos podem ser consultados na Tabela 1.

Tabela 1

*Caracterização sociodemográfica dos participantes.*

Características		Total	
		<i>N</i>	%
Tipo de resposta	Internet (online)	65	60.7
	Papel e caneta	42	39.3
Idade	20 - 29 anos	15	14.1
	30 - 39 anos	21	19.5
	40 - 49 anos	30	28.0
	50 - 59 anos	18	16.8
	60 - 69 anos	12	11.2
	70 - 79 anos	9	8.3
	80 - 85 anos	2	1.8
Estado civil	Solteiro(a)	25	23.4
	Casado ou em união de facto	63	58.9
	Divorciado	11	10.3
	Viúvo	8	7.5
Habilitações literárias	Não completou o 1º Ciclo (4º ano)	5	4.7
	1º ou 2º Ciclos (4º ou 6º ano)	25	12.1
	3º Ciclo (9º ano)	22	23.4
	Ensino Secundário (12º ano)	26	20.6
	Licenciatura ou equivalente	12	24.3
	Mestrado ou equivalente	3	11.2
	Doutoramento ou equivalente	25	2.8
Situação laboral	Tempo inteiro (por conta própria)	4	3.7
	Tempo inteiro (por conta de outrem)	46	43.0
	Tempo parcial (por conta própria)	6	5.6

Tabela 1 (cont.)

	Características	Total	
		N	%
	Tempo parcial (por conta de outrem)	3	2.8
	Trabalho familiar não remunerado	1	0.9
	Desempregado	15	14.0
	Reformado	24	22.4
	Estudante	5	4.7
	Outra	3	2.8
Razão para desemprego/reforma	Causa da dor ou incapacidade relacionada com a dor	12	54.5
	Outro problema de saúde	6	27.3
	Decisão/escolha pessoal ou familiar	2	9.1
	Outra	2	9.0

### Instrumentos

Os instrumentos selecionados para este estudo foram o Inventário Resumido da Dor (BPI), o Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica (CPCI-16) e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).

**Inventário Resumido da Dor** (*Brief Pain Inventory* – BPI; Cleeland & Ryan, 1994; versão portuguesa de Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2012). Breve, simples e de fácil aplicação, este instrumento é uma forma prática de medir e avaliar a dor, numa perspetiva multidimensional. O questionário remete o respondente para as últimas 24 horas, iniciando-se com um item dicotómico para a verificação da existência da dor, opcional e sem valor psicométrico (Cleeland, 2009). Adicionalmente, o respondente é questionado acerca das suas estratégias terapêuticas para gestão da dor, e para indicar o alívio que estas lhe proporcionaram numa escala percentual (de 0 a 100%). Foram, então, consideradas duas escalas do instrumento para este estudo, em que o participante é questionado acerca da sua dor nas últimas 24 horas. Traduzido para várias línguas, é recomendado tanto para uso em contexto clínico como de investigação na deteção, acompanhamento e caracterização de dimensões-chave da experiência dolorosa (Dworkin et al., 2008; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2009b). Encontra-se validado psicometricamente em vários países, em diversas populações clínicas com dor crónica, sendo que a sua versão portuguesa apresenta boa consistência interna ( $\alpha = 0.91$ ), tendo-se demonstrado um instrumento fiel e sensível (Ferreira-Valente et al., 2012). Neste estudo, foram encontrados valores semelhantes ( $\alpha = 0.91$ ) para ambas as escalas.

*Escala de Intensidade da dor (BPI-IT).* Avalia a severidade da dor em quatro momentos distintos (“*máximo*”, “*mínimo*”, “*em média*” e “*neste preciso momento*”), sendo pedido ao respondente que o faça numa escala numérica de classificação, desde 0 (“*sem dor*”) a 10 (“*pior do que se pode imaginar*”). Recomenda-se, no manual do BPI, que a sua cotação seja feita através de um compósito destes quatro itens, apresentando um valor médio de severidade da dor (Cleeland, 2009).

*Escala de Interferência da dor (BPI-IF).* Mede o quanto a dor tem interferido na funcionalidade de sete domínios da vida diária, nomeadamente atividade geral, disposição, capacidade de andar a pé, trabalho normal, relações com outras pessoas, sono e prazer de viver. Através de uma escala numérica de classificação, desde 0 (“*não interferiu*”) a 10 (“*interferiu completamente*”), o respondente assinala o quanto a sua dor tem interferido nestes domínios. Segundo o manual do BPI, é aconselhado que esta subescala seja calculada através da média dos valores dos sete itens (Cleeland, 2009).

**Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica** (*Two-item Chronic Pain Coping Inventory* – CPCI-16; Jensen, Keefe, Lefebvre, Romano, & Turner, 2003; versão portuguesa de Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2011; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, Jensen, et al., 2011). Com o objetivo de avaliar os componentes cognitivos e comportamentais do *coping*, este instrumento mede oito dimensões de *coping* com a dor crónica: “*Evitamento*” ou defesa (CPCI-EV), que avalia o quanto o indivíduo limita ou restringe o movimento de determinada parte do corpo. O domínio “*Descanso*” (CPCI-D) pretende avaliar a frequência com que o indivíduo recorre a uma atividade de descanso como resposta à dor (e.g., deitar, sentar, reduzir a velocidade ou ir para uma sala calma e escura). “*Pedidos de ajuda*” (CPCI-PA) avalia o quanto o indivíduo pede ajuda para uma determinada tarefa quando sente dor. O “*Relaxamento*” (CPCI-R) pretende traduzir a frequência do uso de várias estratégias de relaxamento, como meditação ou música. A escala de “*Persistência na tarefa*” (CPCI-PT) pede ao indivíduo que reporte com que frequência continuam a realizar as suas atividades, apesar de sentirem dor. O “*Exercício físico e alongamentos*” (CPCI-EF) avalia a frequência com que o indivíduo se ocupa em atividades fortalecedoras da musculatura ou alongamentos. A “*Procura de suporte social*” (CPCI-PS) avalia com que frequência o indivíduo recorre a amigos e família (e.g., conversar, conviver) como estratégia de *coping*. O domínio de “*Autoafirmações de coping*” (CPCI-AC) mede a frequência com que o indivíduo tem pensamentos positivos acerca do seu problema de dor propositadamente.

Para cada um destes itens, os sujeitos reportam o número de dias, durante a última semana, em que usaram cada estratégia de *coping* mencionada para lidar com a sua dor. A pontuação de cada subescala é calculada através da média dos dois itens que a constituem (Jensen et al., 2003). A versão original do CPCI-16 demonstrou ser válida, através da forte correlação dos seus itens ( $r \geq 0.70$ ) com as subescalas correspondentes da versão completa original e variáveis relacionadas com a dor (Jensen et al., 2003). A sua versão portuguesa apresentou validade de constructo através de um padrão de associações significativas com medidas de funcionamento, consistente com estudos anteriores (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2011a; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, Jensen, et al., 2011). O presente estudo revelou os seguintes valores para a consistência interna das subescalas do instrumento: EV,  $\alpha=0.77$ ; D,  $\alpha=0.57$ ; PA,  $\alpha=0.86$ ; R,  $\alpha=0.77$ ; PT,  $\alpha=0.83$ ; EF,  $\alpha=0.61$ ; PS,  $\alpha=0.69$ ; AC,  $\alpha=0.60$ .

**Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar** (*Hospital Anxiety and Depression Scale* - HADS; Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007). Desenvolvido com o objetivo de auxiliar, em contexto hospitalar, a identificação e reconhecimento de indicadores emocionais, nomeadamente ansiedade e depressão, resultantes de um estado de doença física. Composta por duas escalas, uma avaliando a ansiedade (HADS-A) e outra a depressão (HADS-D), ambas possuem sete itens e são cotadas separadamente; de notar que a HADS avalia o ansiedade-estado, ao invés da ansiedade-traço. Cada item é respondido numa escala de 4 pontos (0-3), pelo que a pontuação para ambas as subescalas podem variar entre 0-21. Segundo o manual da HADS, considera-se uma pontuação entre 0 e 7 como “normal”, entre 8 e 10 “ligeira”, entre 11 e 14 “moderada” e entre 15 e 21 como “severa” (Pais-Ribeiro et al., 2007). Os autores consideram um ponto de corte de 11, o que de acordo com Snaith (2003) será um indicador da presença provável de uma perturbação do humor (Pais-Ribeiro et al., 2007). Apresenta bons resultados de consistência interna neste estudo, para ambas as subescalas (HADS-A,  $\alpha=0.77$ ; HADS-D,  $\alpha=0.79$ ), valores semelhantes aos encontrados em estudos internacionais, demonstrando ser um instrumento válido e fiel (Pais-Ribeiro et al., 2007).

## Procedimento

A recolha de dados foi realizada de forma faseada, sendo que inicialmente foi estabelecido contacto com os responsáveis de instituições (Hospital dos Covões e Unidade

de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Ílhavo) de modo a obter a autorização necessária. Numa primeira fase, foi então recolhida uma amostra de indivíduos institucionalizados, em formato papel. Posteriormente, o questionário foi também divulgado num formato online, junto do público em geral e de diversas associações de pessoas com dor e patologias associadas à dor crónica (Anexo A).

Para este estudo, consideraram-se como doentes crónicos indivíduos que reportavam sentir dor todos os dias ou quase, há pelo menos três meses, através do primeiro item de rastreio do BPI. Todos os participantes tinham mais de 18 anos, foram informados acerca do propósito do estudo e deram o seu consentimento (Anexo B). Durante todo o processo, foram respeitados os princípios éticos do anonimato, voluntariedade e confidencialidade de todos os participantes, com o conhecimento de que poderiam desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo para si.

### **Análise de dados**

A análise estatística foi realizada com recurso ao *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 25. Para além da estatística descritiva, foi também avaliada a consistência interna dos instrumentos e a normalidade da distribuição. Foram realizadas correlações parciais entre variáveis de dor (intensidade, interferência) e variáveis de saúde mental (ansiedade, depressão, *coping*), controlando para o sexo e idade dos participantes. Recorrendo a regressões hierárquicas, foram obtidos modelos preditivos para as variáveis relacionadas com a dor (intensidade e interferência) e variáveis de saúde mental (ansiedade e depressão). Foram também aplicados testes *t* a uma amostra, com o objetivo de analisar diferenças estatisticamente significativas entre os valores obtidos neste estudo, comparativamente aos estudos de validação dos instrumentos.

## **Resultados**

### **Caracterização da dor crónica na amostra quanto às variáveis em estudo**

*Caracterização da dor crónica na amostra quanto ao seu historial de dor.* Todos os participantes reportaram ter sentido dor no dia de resposta ao questionário, através do primeiro item do BPI. Relativamente à etiologia da dor, esta apresentou grande variabilidade na amostra em estudo (Figura 1), sendo as mais prevalentes as enxaquecas/dores de cabeça e patologias osteoarticulares, tais como lesão ou doença dos ombros, joelhos, discos intervertebrais ou vértebras, e dor do nervo ciático (ciática).



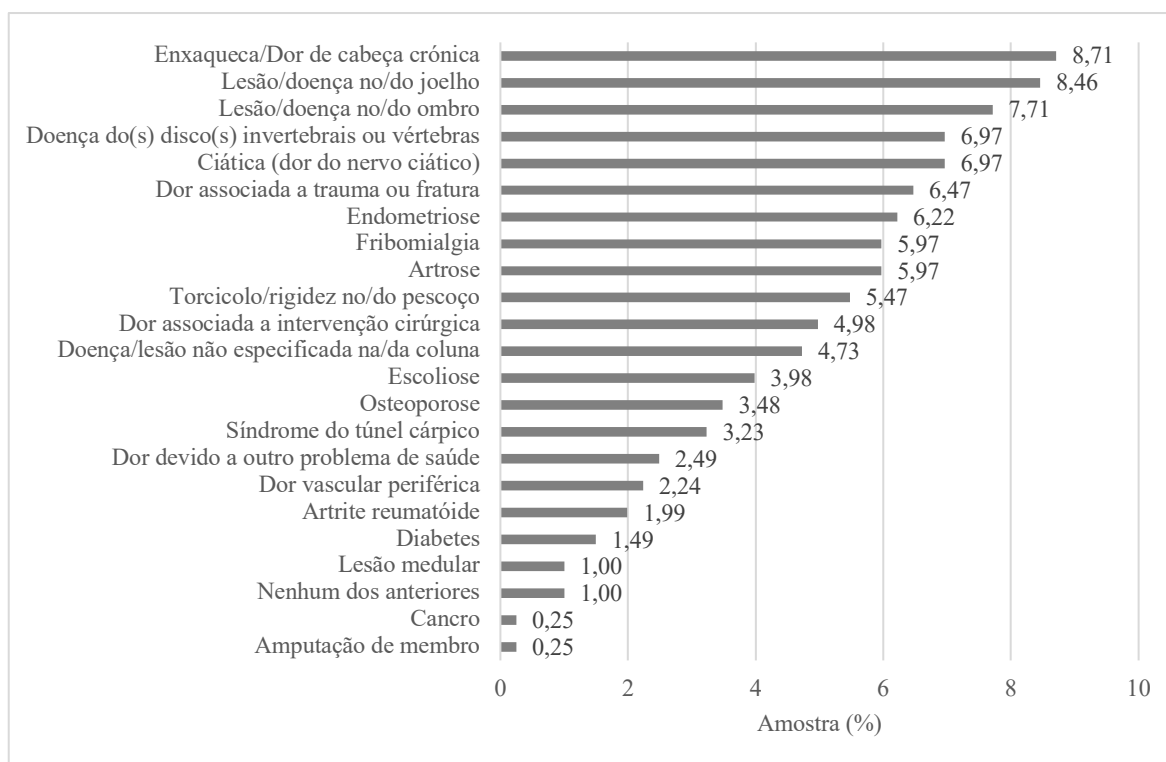


Figura 1. Distribuição das patologias causadoras de dor na amostra.

Recorrendo à listagem de condições médicas (Figura 1), os participantes reportaram entre uma a dez patologias crónicas comórbidas, tendo-se verificado uma média de quatro condições médicas por indivíduo ( $M=4.04$ ,  $DP=2.30$ ). Uma análise mais detalhada encontra-se explicitada na Tabela 2.

Tabela 2

*Comorbilidades entre patologias crónicas na amostra.*

	Número de patologias crónicas comórbidas									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Total (%)	100	88	67	52	39	25	12	7	4	1

Relativamente à duração da sua dor e seu diagnóstico, a maior parte dos participantes reportou viver com dor crónica há mais de 10 anos; verificou-se também que, na sua maioria, o diagnóstico da patologia causadora de dor ocorreu posteriormente. Estas diferenças encontram-se evidenciadas na Figura 2. Quanto a tratamentos para a dor crónica, 44.9%

( $N=48$ ) não faz qualquer tratamento, 38.3% ( $N=41$ ) já fez anteriormente, e 16.8% ( $N=18$ ) encontra-se em tratamento atualmente.

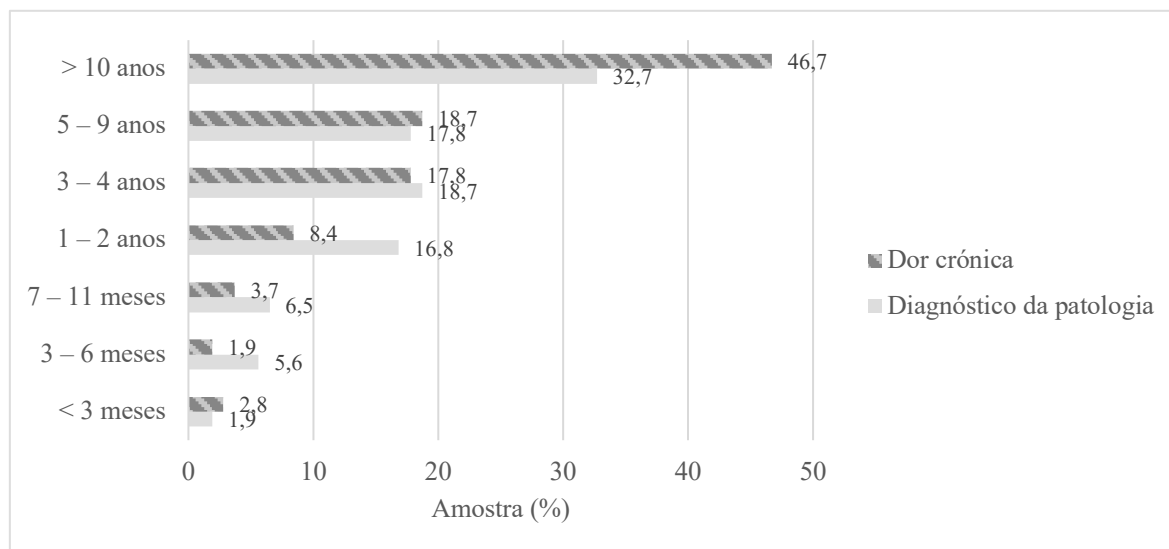


Figura 2. Duração da dor crónica e altura do diagnóstico da patologia causadora de dor.

*Caracterização da dor crónica na amostra quanto à sua intensidade e interferência.* No que concerne à intensidade da dor, a maioria reportou valores moderados a elevados de dor ( $M=6.01$ ,  $DP=3.00$ ) durante as últimas 24 horas para os restantes momentos (Tabela 3). Quando comparada com a população de doentes crónicos do estudo de validação do instrumento (Ferreira-Valente et al., 2012), a amostra em estudo apresentou maiores níveis de intensidade da dor, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $t(106)=3.83$ ,  $p < 0.001$ ,  $d=0.371$ , I.C. 95% [0.174; 0.566]).

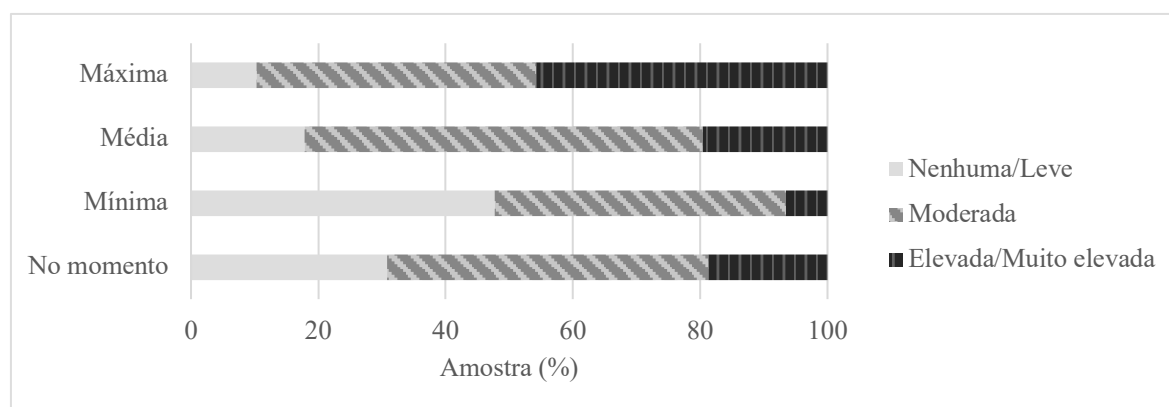


Figura 3. Níveis de intensidade da dor nas últimas 24 horas (BPI-IT).

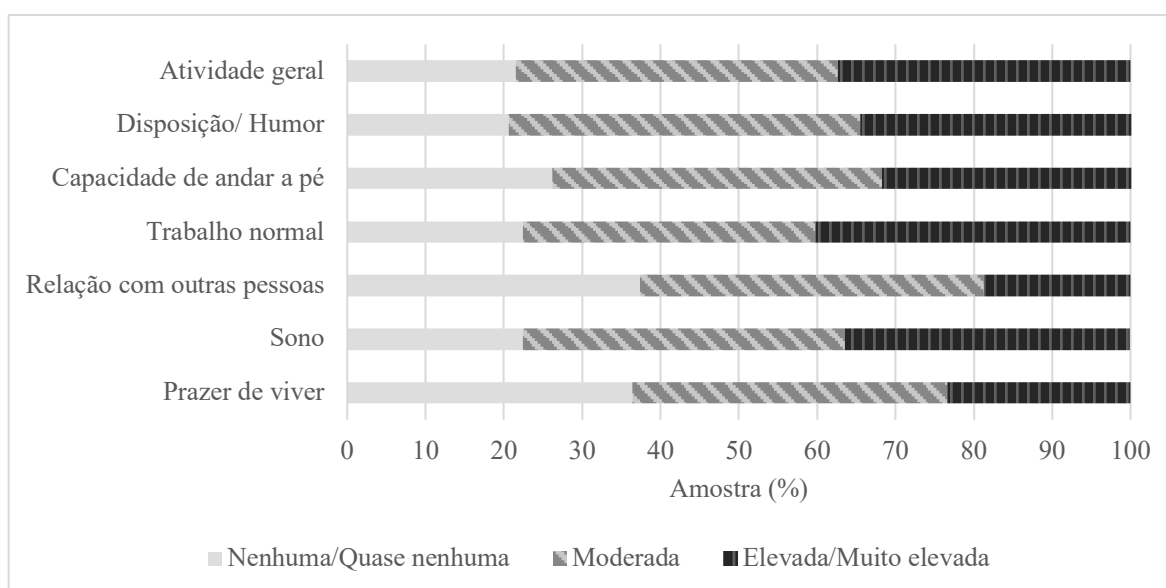


Figura 4. Níveis de interferência da dor nas últimas 24 horas (BPI-IF).

A amostra apresentou também valores elevados de interferência da dor ( $M=5.51$ ,  $DP=3.02$ ) nas atividades de vida diárias. O trabalho normal foi a dimensão mais afetada ( $M=6.01$ ,  $DP=3.00$ ), o qual inclui tanto o trabalho doméstico como fora de casa. Outros domínios mostraram-se significativamente afetados, tais como a disposição e humor ( $M=5.93$ ,  $DP=2.61$ ), a atividade geral ( $M=5.89$ ,  $DP=2.89$ ) e o sono ( $M=5.79$ ,  $DP=3.11$ ). Dificuldades na capacidade de andar a pé foram também elevadas na presente amostra ( $M=5.50$ ,  $DP=3.25$ ). Comparativamente à população de doentes crónicos do estudo de validação do instrumento (Ferreira-Valente et al., 2012), a amostra em estudo apresentou maiores níveis de interferência da dor, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $t(106)=5.29$ ,  $p < 0.001$ ,  $d=0.512$ , I.C. 95% [0.309; 0.712]).

Tabela 3

Valores médios de intensidade e interferência da dor na amostra (BPI).

Dor nas últimas 24 horas		M	DP
Intensidade (BPI-IT)	Máxima	6.79	2.14
	Mínima	3.83	2.17
	Média	5.51	2.02
	No momento	5.06	2.62
	Intensidade total	5.30	2.24
Interferência (BPI-IF)	Atividade geral	5.89	2.89
	Disposição/ humor	5.93	2.61
	Capacidade de andar a pé	5.50	3.25
	Trabalho normal	6.01	3.00
	Relação com outras pessoas	4.63	2.98
	Sono	5.79	3.11
	Prazer de viver	4.79	3.28
	Interferência total	5.51	3.02

*Caracterização da dor crónica na amostra quanto às estratégias de coping na gestão da dor.* Quanto às estratégias de *coping* utilizadas para lidar com a dor crónica (Tabela 4), na amostra em estudo as estratégias mais utilizadas foram o relaxamento ( $M=4.76$ ,  $DP=2.10$ ), as autoafirmações de *coping* ( $M=4.43$ ,  $DP=2.21$ ), o descanso ( $M=4.04$ ,  $DP=2.02$ ) e a persistência na tarefa ( $M=3.88$ ,  $DP=2.21$ ). Para além do exercício físico ( $M=3.69$ ,  $DP=2.25$ ) e do evitamento ( $M=3.34$ ,  $DP=2.34$ ), as estratégias a que os sujeitos menos recorrem são os pedidos de ajuda com as tarefas ( $M=3.12$ ,  $DP=2.54$ ) e a procura de suporte social ( $M=3.02$ ,  $DP=2.32$ ). Comparativamente à população de doentes crónicos do estudo de validação do instrumento (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, Jensen, et al., 2011), duas das estratégias de *coping* sobressaíram como apresentando diferenças estatisticamente significativas com a amostra em estudo, sendo que recorreram mais frequentemente a atividades de descanso ( $t(106)=3.72$ ,  $p < 0.001$ ,  $d=0.360$ , I.C. 95% [0.164; 0.555]) e de relaxamento ( $t(106)=7.96$ ,  $p < 0.001$ ,  $d=0.769$ , I.C. 95% [0.552; 0.983]) como forma de lidar com a dor crónica.

Tabela 4

*Valores médios das estratégias de coping com a dor crónica na amostra (CPCI).*

<b>Estratégia de coping</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Evitamento	3.34	2.34
Descanso	4.04	2.02
Pedidos de ajuda	3.12	2.54
Relaxamento	4.76	2.10
Persistência na tarefa	3.88	2.21
Exercício físico e alongamentos	3.69	2.25
Procura de suporte social	3.02	2.32
Autoafirmações de coping	4.43	2.21

*Caracterização da dor crónica na amostra quanto à ansiedade e depressão.* A amostra apresentou valores elevados de ansiedade ( $M=9.07$ ,  $DP=3.84$ ) e depressão ( $M=6.95$ ,  $DP=4.01$ ), tendo-se verificado maiores níveis de sintomatologia ansiosa do que depressiva. Quando comparada com a população de indivíduos sem doença no estudo de validação do instrumento (Pais-Ribeiro et al., 2007), foram observadas diferenças estatisticamente significativas com a amostra em estudo, tendo esta apresentado maiores níveis de ansiedade ( $t(106)=3.39$ ,  $p=0.001$ ,  $d=0.327$ , I.C. 95% [0.132; 0.521]) e de depressão ( $t(106)=9.63$ ,  $p<0.001$ ,  $d=0.931$ , I.C. 95% [0.702; 1.16]).

Considerando o ponto de corte do instrumento, acima deste valor os indivíduos apresentam uma provável perturbação de ansiedade (HADS-A) ou do humor/depressiva (HADS-D). Apesar de a maioria não apresentar nenhuma perturbação a um nível clínico, os

dados sugerem que 29% ( $N=31$ ) dos doentes crónicos na amostra em estudo sofrem provavelmente de perturbações de ansiedade, e 20.6% ( $N=22$ ) de uma perturbação do humor ou depressiva (Tabela 5).

Tabela 5

*Análise de possíveis perturbações ansiosas ou depressivas na amostra (HADS).*

Ponto de corte	HADS-A		HADS-D	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Sem perturbação (< 11 pontos)	76	71	85	79.4
Possível perturbação ( $\geq$ 11 pontos)	31	29	22	20.6

### Estudo da relação entre as variáveis

Na Tabela 6 encontram-se os coeficientes das correlações parciais entre variáveis de dor (intensidade, interferência) e variáveis de saúde mental (ansiedade, depressão, *coping*), controlando para o sexo e idade dos participantes.

As estratégias de *coping* de evitamento, descanso e pedidos de ajuda correlacionaram-se positivamente, e de modo significativo, com todas as outras variáveis. O relaxamento apresentou uma correlação positiva com a interferência da dor. A procura de suporte social relacionou-se positivamente com a intensidade e interferência da dor.

A persistência na tarefa correlacionou-se negativamente com a interferência da dor e depressão. As autoafirmações de *coping* apresentaram uma correlação negativa com a depressão.

Tabela 6

*Correlações parciais (controlando para sexo e idade) entre as variáveis em estudo.*

	BPI-IT	BPI-IF	HADS-A	HADS-D
CPCI-EV	0.315***	0.608***	0.210*	0.403***
CPCI-D	0.325***	0.584***	0.252**	0.325***
CPCI-PA	0.257**	0.500***	0.352***	0.243*
CPCI-R	0.093	0.213*	0.1	-0.004
CPCI-PT	-0.183	-0.241*	-0.131	-0.365**
CPCI-EF	0.001	-0.032	0.092	-0.108
CPCI-PS	0.208*	0.232*	0.152	-0.011
CPCI-AC	0.002	0.005	-0.008	-0.202*

\*\*\*  $\rho < 0.001$  \*\*  $\rho < 0.01$  \*  $\rho < 0.05$

### Preditabilidade das variáveis

Recorrendo a regressões hierárquicas, foram obtidos modelos preditivos para as variáveis relacionadas com a dor (intensidade e interferência, Tabela 7) e variáveis de saúde mental (ansiedade e depressão, Tabela 8).

No primeiro modelo, as variáveis demográficas explicaram 10.2% da variância da intensidade da dor, sendo que o *coping* explicou adicionalmente 15.1% da variância ( $F(10,96)=3.26, p<0.001, f^2=0.20$ , I.C. 95% [0.054; 0.395]). No entanto, apenas a idade se revelou um preditor estatisticamente significativo.

Quanto à interferência da dor, as variáveis sociodemográficas explicaram 5.1% da variância desta variável. As estratégias de *coping* explicaram adicionalmente 45% da variância da interferência da dor ( $F(10,96)=9.63, p<0.001, f^2=0.90$ , I.C. 95% [0.538; 1.49]). Para além da idade, também o descanso e a persistência na tarefa foram preditores estatisticamente significativos da interferência da dor.

Tabela 7

*Análise de regressões hierárquicas predictoras de variáveis da dor.*

	Total $R^2$	$R^2$ Change	F Change	$\beta$
<b>Intensidade da dor (BPI-IT)</b>				
Variáveis sociodemográficas	0.102	0.102	5.93*	
Sexo				0.163
Idade				0.302*
<i>Coping</i> (CPCI)	0.253	0.151	2.43*	
Evitamento				0.087
Descanso				0.212
Pedidos de ajuda				-0.010
Relaxamento				0.032
Persistência na tarefa				-0.221
Exercício físico				-0.020
Procura de suporte				0.139
Autoafirmações de <i>coping</i>				0.029
<b>Interferência da dor (BPI-IT)</b>				
Variáveis sociodemográficas	0.051	0.051	2.81	
Sexo				0.051
Idade				0.229*
<i>Coping</i> (CPCI)	0.501	0.450	10.81***	
Evitamento				0.233
Descanso				0.317**

Tabela 7 (cont.)

	Total $R^2$	$R^2$ Change	F Change	$\beta$
Pedidos de ajuda				0.136
Relaxamento				0.074
Persistência na tarefa				-0.278**
Exercício físico				-0.037
Procura de suporte				0.010
Autoafirmações de <i>coping</i>				0.036

\*\*\*  $\rho < 0.001$  \*\*  $\rho < 0.01$  \*  $\rho < 0.05$

No que diz respeito à ansiedade, as variáveis sociodemográficas explicaram 1.1% da variância, sendo que o *coping* explicou adicionalmente 18.6% da variância ( $F(10,96)=2.35$ ,  $\rho=0.016$ ,  $f^2=0.23$ , I.C. 95% [0.072; 0.448]). Os pedidos de ajuda e a persistência na tarefa revelaram ser preditores significativos de ansiedade.

No caso da depressão, as variáveis sociodemográficas explicaram 3.5% da variância da variável, sendo que o *coping* explicou adicionalmente 28.5% da variância ( $F(10,96)=4.53$ ,  $\rho<0.001$ ,  $f^2=0.42$ , I.C. 95% [0.197; 0.747]). Contudo, apenas a persistência na tarefa foi um preditor estatisticamente significativo de depressão.

Tabela 8

*Análise de regressões hierárquicas preditoras de variáveis de saúde mental.*

	Total $R^2$	$R^2$ Change	F Change	$\beta$
<b>Ansiedade (HADS-A)</b>				
Variáveis sociodemográficas	0.011	0.011	0.554	
Sexo				0.012
Idade				-0.100
<i>Coping</i> (CPCI)	0.197	0.186	2.78**	
Evitamento				-0.217
Descanso				0.194
Pedidos de ajuda				0.484**
Relaxamento				-0.077
Persistência na tarefa				-0.258*
Exercício físico				0.230
Procura de suporte				-0.174
Autoafirmações de <i>coping</i>				0.051
<b>Depressão (HADS-D)</b>				
Variáveis sociodemográficas	0.035	0.035	1.90	
Sexo				0.146
Idade				0.143

Tabela 8 (cont.)

	Total $R^2$	$R^2$ Change	$F$ Change	$\beta$
<i>Coping</i> (CPCI)	0.321	0.285	5.04***	
Evitamento				0.225
Descanso				0.190
Pedidos de ajuda				0.069
Relaxamento				0.015
Persistência na tarefa				-0.345*
Exercício físico				0.085
Procura de suporte				-0.152
Autoafirmações de <i>coping</i>				-0.053

\*\*\*  $\rho < 0.001$  \*\*  $\rho < 0.01$  \*  $\rho < 0.05$

### Discussão

A dor tem um importante papel de sinalização biológica de potenciais ameaças à integridade física do ser humano - quando persiste para além da sua função, tornando-se um problema crónico e uma doença em si mesma, é a própria dor que passa a ser uma ameaça ao bem-estar físico e psicológico do indivíduo. Em Portugal, a dor crónica apresenta uma prevalência estimada de 30% na população, com uma intensidade moderada a forte em cerca de 14% (Azevedo et al., 2012). A dor impacta negativamente a QdV do indivíduo, visto que para além de afetar a sua saúde física, particularmente ao nível da capacidade funcional, afeta a sua vulnerabilidade a perturbações psiquiátricas, como a depressão e a ansiedade (Breivik et al., 2006; Fine, 2011). As suas repercussões económicas são elevadas, considerando os custos associados diretos (*e.g.*, encargos com a saúde) e indiretos (*e.g.*, absentismo laboral) à dor crónica, apresentando-se assim como uma das principais problemáticas em Portugal ao nível da saúde (Azevedo, 2014; Ministério da Saúde, 2018).

Face aos dados obtidos podem ser inferidas várias conclusões acerca das pessoas com dor crónica em Portugal. Analisando os dados sociodemográficos, obtivemos resultados interessantes, particularmente considerando a interação destes fatores na saúde e bem-estar dos indivíduos. Ao nível educacional, mais de metade da amostra possuía um grau mais elevado do que na generalidade dos estudos (ensino secundário ou grau académico superior) – estes dados foram surpreendentes, tendo em conta que menor literacia tende a estar associada a um risco acentuado de desenvolver doenças crónicas e psiquiátricas, assim como comorbilidades com outras condições médicas (Azevedo et al., 2012; Ministério da Saúde, 2018).



No que diz respeito à atividade laboral, uma larga percentagem encontrava-se desempregada ou reformada, sendo que em mais de metade dos casos foi devido à causa da sua dor ou incapacidade funcional relacionada. De facto, os nossos dados refletem que o trabalho normal (doméstico e fora de casa) foi o domínio em que a dor mais interferiu; considerando a importância da atividade laboral para a saúde mental física e psicológica dos indivíduos, este é um conhecido fator de risco associado à dor crónica e outras patologias (Azevedo et al., 2012; Ministério da Saúde, 2018). Note-se que os custos económicos indiretos são superiores aos custos diretos relacionados com os encargos com a saúde, ultrapassando os 2 mil milhões de euros anuais, evidenciando a importância desta problemática na sociedade atual (Azevedo, 2014).

Segundo os dados mais recentes, as patologias crónicas que mais afetam os portugueses são as doenças musculoesqueléticas (lombalgias e cervicalgias), depressão e enxaquecas (Ministério da Saúde, 2018). Apesar de as etiologias da dor serem heterogêneas no nosso estudo, os dados convergiram com as estatísticas nacionais, visto que as enxaquecas ou dor de cabeça crónica foram a patologia de dor mais reportada, seguida de patologias musculoesqueléticas, como lesões, trauma ou doenças em regiões corporais de causas variadas. De notar que quase 90% dos indivíduos no presente estudo apresentava duas patologias crónicas comórbidas, e cerca de metade apresentava o dobro das comorbilidades. Estes dados vão de encontro à literatura, visto que a dor crónica se encontra fortemente associada a comorbilidade com outras patologias crónicas, tendendo a acentuar-se ao longo do tempo, consoante o número de regiões afetadas e intensidade da dor (van Hecke et al., 2013). Na nossa amostra, a maioria dos indivíduos vive com dor há mais de dez anos, o diagnóstico da patologia associada ocorreu posteriormente e não se encontram a fazer nenhum tratamento para a dor atualmente; como evidenciado na literatura, os tratamentos costumam ser inadequados, associados a poucas referências para especialistas da dor (Breivik et al., 2006, 2013).

No presente estudo, as estratégias de *coping* correlacionaram-se significativamente com as outras variáveis (intensidade e interferência de dor, ansiedade e depressão), salientando-se a influência dos fatores psicossociais na compreensão dos níveis de intensidade e interferência da dor reportados. No que concerne à intensidade da dor, foram observadas correlações com várias estratégias de *coping*; contudo, apenas a idade se revelou um preditor significativo de uma dor mais acentuada. Os resultados obtidos para a idade como preditora da intensidade e interferência da dor vão de encontro ao conhecimento atual, visto que a dor tende a ser mais acentuada com a idade, aliada à interferência causada pela incapacidade

funcional (Azevedo et al., 2012; van Hecke et al., 2013); porém, nem todos os estudos apresentam resultados neste sentido (Tan et al., 2005).

Também no que diz respeito à elevada interferência da dor reportada nas atividades da vida diária, a idade foi um preditor significativo de maior interferência. Paralelamente, as estratégias de *coping* foram responsáveis por uma larga parte da variância observada – no nosso estudo, apenas a persistência na tarefa foi preditora de menor interferência, contrariamente ao descanso. Assim, os nossos dados sugerem que o descanso poderá ter um papel maladaptativo, convergindo com resultados obtidos noutros estudos acerca da capacidade preditora de ambas as estratégias (Tan et al., 2005). Salientamos, contudo, o facto de existirem diferenças estatisticamente significativas entre este estudo e o de Ferreira-Valente e colegas (2011) - no nosso estudo, os indivíduos recorreram mais frequentemente ao descanso como estratégia para lidar com a dor, o que poderá contribuir para explicar as diferenças encontradas. Também o sono foi significativamente afetado, convergindo com a literatura, visto que esta população apresenta uma prevalência superior de perturbações do sono associadas à dor crónica, sendo preditores significativos de dor futura (Finan, Goodin, & Smith, 2013; Fishbain et al., 2015). Adicionalmente, a disposição e o humor sofreram um impacto negativo, o que foi suportado pelos dados obtidos na análise do *distress* psicológico na nossa amostra. No que diz respeito ao *distress* psicológico, as conclusões deste estudo vão de encontro à evidência científica atual, visto que a nossa amostra apresentou níveis de ansiedade e depressão significativamente superiores aos da população saudável.

Estima-se que a prevalência da ansiedade em doentes crónicos seja cerca do dobro da depressão, estando associada a perda de capacidade funcional e frequentes comorbilidades (Kroenke et al., 2013; Miller & Kaiser, 2018). Adicionalmente, na nossa amostra, os níveis de ansiedade foram superiores aos da depressão, sugerindo que cerca de 29% e 21% dos indivíduos, respetivamente, possam sofrer atualmente de uma perturbação ao nível clínico. De facto, tem sido sugerido que a dor possa contribuir para a ansiedade, tornando o indivíduo mais sensível à dor e seu impacto negativo. Assim, tem vindo a ser evidenciada como preditora de incapacidade funcional relacionada com a dor, atuando como um fator de manutenção ao contribuir para uma hipervigilância dos estímulos dolorosos e comportamentos de evitamento - estado de ansiedade que poderá, também, tornar-se crónico e alterar a vulnerabilidade do indivíduo à depressão (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2009a; Miller & Kaiser, 2018).

No nosso estudo, tanto a ansiedade como a depressão estiveram associadas ao *coping*; contudo, ao estudar a força destas relações e tomando em conjunto os efeitos das estratégias

de *coping*, apenas duas se revelaram preditoras significativas ao nível do *distress* psicológico. O recurso a pedidos de ajuda com tarefas, como estratégia para lidar com a dor, revelou-se um preditor significativo de maior ansiedade, sugerindo que poderá ter um papel maladaptativo, suportando os resultados de outros estudos (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, Jensen, et al., 2011; Tan et al., 2005). Estes resultados poderão sugerir que a necessidade de ter que pedir ajuda para variadas tarefas, devido à incapacidade funcional causada pela dor, se reflete num aumento do estado de ansiedade no indivíduo. Por outro lado, a persistência na tarefa foi um preditor significativo de menores níveis de ansiedade e depressão. Esta estratégia de *coping* tem vindo, de forma consistente, a ser associada a melhor saúde física e mental, evidenciando-se como preditora de menor incapacidade funcional, intensidade e interferência da dor, assim como de menores níveis de *distress* psicológico, particularmente ao nível da depressão (Jensen et al., 2003; Tan et al., 2005, 2006). Esta persistência nas tarefas ou atividades, apesar da dor, poderá contribuir para a perceção de controlo do indivíduo perante a própria dor, traduzindo-se em menor ansiedade e interferência da dor ao nível do humor. Contudo, em estudos realizados com a população portuguesa, a persistência na tarefa não se revelou um preditor significativo, nem ao nível das variáveis da dor nem de depressão, pelo que este resultado foi surpreendente (Ferreira-Valente et al., 2014; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, Jensen, et al., 2011).

Apesar de o *coping* adaptativo estar sujeito a grande variabilidade individual, as estratégias maladaptativas poderão ter um impacto superior no ajustamento do indivíduo à dor crónica, sendo preditoras de variáveis da dor e de saúde mental, mas também na medida em que poderão contrabalançar os benefícios das estratégias adaptativas (Geisser et al., 1999; Tan et al., 2011). Assim, estes indicadores preditivos poderão ser de elevada utilidade, permitindo identificar estratégias de *coping* que poderão atuar como fatores de manutenção da dor, importantes ao nível clínico e investigativo.

Este estudo tem várias implicações ao nível do tratamento da dor crónica, cuja evidência tem apoiado a eficácia das intervenções cognitivo-comportamentais na redução da dor e na melhoria da capacidade funcional e bem-estar psicológico nas pessoas com dor crónica, particularmente quando comparada com outras modalidades de tratamento (Bushnell et al., 2013; Gatchel, McGeary, McGeary, & Lippe, 2014; Jensen & Turk, 2014). Contudo, considerando a variabilidade individual no processo de *coping*, muito provavelmente estas intervenções terão que ser adaptadas a cada paciente, mesmo quando integradas num programa estruturado de gestão da dor (Ferreira-Valente et al., 2009a; Tang, 2018). Considerando que a persistência da dor exige um esforço de *coping* constante por parte do

indivíduo, a identificação de estratégias e comportamentos adaptativos e maladaptativos promove o desenvolvimento de planos de intervenção mais focados e eficazes. Assim, destacam-se as potencialidades da intervenção psicoterapêutica, ao atuar em vários problemas relacionados com a dor e padrões maladaptativos, e dotando o indivíduo de estratégias de *coping* essenciais para o seu bem-estar físico e psicológico (Tang, 2018). Ao diversificar os objetivos de tratamento, torna-se possível intervir em diversas componentes relacionadas com a dor (*e.g.*, evitamento, hipervigilância ou *bias* na avaliação dos estímulos), importantes para a qualidade de vida do indivíduo a longo-prazo (Tang, 2018). Adicionalmente, a principal implicação clínica prende-se com a integração da ativação comportamental no plano de intervenção, estimulando o indivíduo a ocupar-se de atividades focadas na saúde com maior frequência. Assim, são estabelecidos objetivos e identificadas barreiras à atividade comportamental, permitindo a adoção de estratégias adaptativas e sua manutenção de forma continuada, e potenciando a adesão terapêutica e capacidade funcional (Jensen & Turk, 2014; Kim, Crouch, & Olatunji, 2017; Tang, 2018). De modo semelhante, numa situação adaptativa de dor aguda, uma intervenção precoce poderá prevenir o desenvolvimento de dor crónica no futuro, e consequências associadas. É também necessário um rastreio de ansiedade e depressão em várias fases do tratamento, permitindo a sua identificação e intervenção atempada, principalmente tendo em conta as consequências para o indivíduo.

Este estudo foi muito gratificante, visto que nos permitiu investigar uma amostra de difícil acesso, como é o caso dos doentes crónicos. Contudo, estamos conscientes das limitações inerentes, tais como o uso de uma amostra de conveniência, maioritariamente do sexo feminino, e a complexidade e extensão do protocolo de investigação, em formato de autorrelato. De notar que a heterogeneidade de patologias causadoras de dor poderá ter influenciado os resultados obtidos, na medida em que a etiologia da dor poderá atuar como mediadora da relação entre o *coping* e o ajustamento à dor (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2011b).

Salientamos ainda os contributos que este estudo traz para a compreensão da dor crónica, para a intervenção clínica e psicológica, permitindo-nos desafiar para linhas de investigação futuras, nomeadamente estudos de *follow-up* longitudinais, de modo a perceber de que modo estes resultados podem ser generalizados para a população com dor crónica. Adicionalmente, destacamos também a importância de incentivar o investimento na área da dor crónica e da educação para a saúde junto dos profissionais de saúde e pessoas com dor crónica, através de programas psicoeducativos e de gestão da dor.

### Referências

- Alschuler, K. N., Ehde, D. M., & Jensen, M. P. (2013). Co-occurring depression and pain in multiple sclerosis. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 24(4), 703–715. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2013.06.001>
- Azevedo, L. F. (2014). Dor crónica em Portugal custa mais de 4 mil milhões de euros por ano. Retrieved 20 March 2018, from <https://noticias.up.pt/dor-cronica-em-portugal-custa-mais-de-4-mil-milhoes-de-euros-por-ano/>
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13(8), 773–783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Bair, M. J., Wu, J., Damush, T. M., Sutherland, J. M., & Kroenke, K. (2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 70(8), 890–897. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318185c510>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287–287. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Breivik, H., Eisenberg, E., & O'Brien, T. (2013). The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health*, 13(1229). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1229>
- Bushnell, M. C., Čeko, M., & Low, L. A. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(7), 502–511. <https://doi.org/10.1038/nrn3516>
- Campbell, L., Smith, A., McGregor, L., & Sterling, M. (2018). Psychological factors and the development of chronic whiplash associated disorder(s): A systematic review. *The Clinical Journal of Pain*, 34(8), 755–768. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000597>
- Celestin, J., Edwards, R. R., & Jamison, R. N. (2009). Pretreatment psychosocial variables as predictors of outcomes following lumbar surgery and spinal cord stimulation: A systematic review and literature synthesis. *Pain Medicine*, 10(4), 639–653. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00632.x>
- Cleeland, C. S. (2009). The Brief Pain Inventory: user guide. Retrieved from

- [https://www.mdanderson.org/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI\\_UserGuide.pdf](https://www.mdanderson.org/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI_UserGuide.pdf)
- Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 23(2), 129–138. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8080219>
- de Heer, E. W., Gerrits, M. M. J. G., Beekman, A. T. F., Dekker, J., van Marwijk, H. W. J., de Waal, M. W. M., ... van der Feltz-Cornelis, C. M. (2014). The association of depression and anxiety with pain: a study from NESDA. *PloS One*, 9(10), e106907. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106907>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Beaton, D., Cleeland, C. S., Farrar, J. T., ... Zavisic, S. (2008). Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *The Journal of Pain*, 9(2), 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.09.005>
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2009a). Coping, depression, anxiety, self-efficacy and social support: Impact on adjustment to chronic pain. *Escritos de Psicologia*, 2(3), 8–17. <https://doi.org/http://www.doaj.org/doaj?func=openurl&genre=article&issn=11382635&date=2009&volume=2&issue=3&spage=8>
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2009b). Pain-related interference in daily life: validation of a portuguese version of the Brief Pain Inventory Interference Scale. In *Actas do V Congresso de Saúde, Cultura e Sociedade* (pp. 164–181). Viseu, Portugal: AGIR - Associação para a Investigação e Desenvolvimento Sócio-cultural.
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2011a). Contributo adicional para o estudo das versões portuguesas de dois questionários breves de coping com a dor. In A. S. Ferreira, A. Verhaeghe, D. R. Silva, L. S. Almeida, R. Lima, & S. Fraga (Eds.), *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica. XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 784–792). Lisboa, Portugal: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2011b). Does chronic pain diagnosis moderate the association between psychosocial factors and functioning?

- European Journal of Pain Supplements*, 5(1), 71. [https://doi.org/10.1016/S1754-3207\(11\)70240-1](https://doi.org/10.1016/S1754-3207(11)70240-1)
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2012). Further validation of a portuguese version of the Brief Pain Inventory Interference Scale. *Clínica y Salud*, 23(1), 89–96. <https://doi.org/10.5093/cl2012a6>
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2014). Associations between psychosocial factors and pain intensity, physical functioning, and psychological functioning in patients with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 30(8), 713–723. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000027>
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., Jensen, M. P., & Almeida, R. (2011). Coping with chronic musculoskeletal pain in Portugal and in the United States: A cross-cultural study. *Pain Medicine*, 12(10), 1470–1480. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01208.x>
- Finan, P. H., Goodin, B. R., & Smith, M. T. (2013). The association of sleep and pain: An update and a path forward. *The Journal of Pain*, 14(12), 1539–1552. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.08.007>
- Fine, P. G. (2011). Long-term consequences of chronic pain: mounting evidence for pain as a neurological disease and parallels with other chronic disease states. *Pain Medicine*, 12(7), 996–1004. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01187.x>
- Fishbain, D. A., Gao, J., Lewis, J. E., Bruns, D., Meyer, L. J., & Disorbio, J. M. (2015). Prevalence comparisons of somatic and psychiatric symptoms between community nonpatients without pain, acute pain patients, and chronic pain patients. *Pain Medicine*, 16, 37–50. <https://doi.org/10.1111/pme.12527>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C. A., & Lippe, B. (2014). Interdisciplinary chronic pain management: Past, present, and future. *American Psychologist*, 69(2), 119–130. <https://doi.org/10.1037/a0035514>
- Geisser, M. E., Robinson, M. E., & Riley, J. L. (1999). Pain beliefs, coping, and adjustment to chronic pain. *Pain Forum*, 8(4), 161–168. [https://doi.org/10.1016/S1082-3174\(99\)70001-2](https://doi.org/10.1016/S1082-3174(99)70001-2)
- Gerrits, M. M. J. G., Vogelzangs, N., van Oppen, P., van Marwijk, H. W. J., van der Horst, H., & Penninx, B. W. J. H. (2012). Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders. *Pain*, 153, 429–436. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.11.001>

- Hooley, J. M., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2014). Chronic pain and suicide: Understanding the association. *Current Pain and Headache Reports*, 18(8), 435. <https://doi.org/10.1007/s11916-014-0435-2>
- IASP Task Force on Taxonomy. (2002). Part III. Pain terms, a current list with definitions and notes on usage. In H. Merskey & N. Bogduk (Eds.), *Classification of Chronic Pain* (2nd ed., pp. 207–214). Seattle: IASP Press.
- Jarvik, J. G., Hollingworth, W., Heagerty, P. J., Haynor, D. R., Boyko, E. J., & Deyo, R. A. (2005). Three-year incidence of low back pain in an initially asymptomatic cohort: Clinical and imaging risk factors. *Spine*, 30(13), 1541–1548. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000167536.60002.87>
- Jensen, M. P., Ehde, D. M., Hoffman, A. J., Patterson, D. R., Czerniecki, J. M., & Robinson, L. R. (2002). Cognitions, coping and social environment predict adjustment to phantom limb pain. *Pain*, 95, 133–142. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(01\)00390-6](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(01)00390-6)
- Jensen, M. P., Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Romano, J. M., & Turner, J. A. (2003). One- and two-item measures of pain beliefs and coping strategies. *Pain*, 104(3), 453–469. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00076-9](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00076-9)
- Jensen, M. P., & Turk, D. C. (2014). Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to all psychologists. *American Psychologist*, 69(2), 105–118. <https://doi.org/10.1037/a0035641>
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249–283. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1311037>
- Kim, E. H., Crouch, T. B., & Olatunji, B. O. (2017). Adaptation of behavioral activation in the treatment of chronic pain. *Psychotherapy*, 54(3), 237–244. <https://doi.org/10.1037/pst0000112>
- Kroenke, K., Outcalt, S., Krebs, E., Bair, M. J., Wu, J., Chumbler, N., & Yu, Z. (2013). Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 359–365. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.03.020>
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234–247.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lépine, J.-P., & Briley, M. (2004). The epidemiology of pain in depression. *Human*



- Psychopharmacology Clinical and Experimental*, 19, S3–S7.  
<https://doi.org/10.1002/hup.618>
- Macfarlane, G. J., McBeth, J., & Jones, G. T. (2013). Epidemiology of pain. In S. B. McMahon, M. Koltzenburg, I. Tracey, & D. Turk (Eds.), *Wall & Melzack's Textbook of Pain* (6th ed., pp. 232–247). Philadelphia: Elsevier.
- Meints, S. M., & Edwards, R. R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 87, 168–182. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>
- Miller, R. M., & Kaiser, R. S. (2018). Psychological characteristics of chronic pain: A review of current evidence and assessment tools to enhance treatment. *Current Pain and Headache Reports*, 22, 22. <https://doi.org/10.1007/s11916-018-0663-y>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.  
<https://doi.org/10.13427/j.cnki.njyi.2018.01.001>
- Mirchandani, A., Saleeb, M., & Sinatra, R. (2011). Acute and chronic mechanisms of pain. In N. Vadivelu, R. D. Urman, & R. L. Hines (Eds.), *Essentials of Pain Management* (pp. 45–54). New York: Springer.
- Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225–237.  
<https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Patel, N. B. (2010). Physiology of pain. In A. Kopf & N. B. Patel (Eds.), *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings* (pp. 13–17). Seattle: IASP.
- Racine, M. (2018). Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 87, 269–280.  
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.08.020>
- Simons, L. E., Elman, I., & Borsook, D. (2014). Psychological processing in chronic pain: A neural systems approach. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 39, 61–78.  
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.12.006>
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(29). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>
- Surah, A., Baranidharan, G., & Morley, S. (2014). Chronic pain and depression. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 14(2), 85–89.  
<https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkt046>
- Tan, G., Nguyen, Q., Anderson, K. O., Jensen, M. P., & Thornby, J. (2005). Further

- validation of the chronic pain coping inventory. *The Journal of Pain*, 6(1), 29–40. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.09.006>
- Tan, G., Nguyen, Q., Cardin, S. A., & Jensen, M. P. (2006). Validating the use of two-Item measures of pain beliefs and coping strategies for a veteran population. *The Journal of Pain*, 7(4), 252–260. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.11.007>
- Tan, G., Teo, I., Anderson, K. O., & Jensen, M. P. (2011). Adaptive versus maladaptive coping and beliefs and their relation to chronic pain adjustment. *The Clinical Journal of Pain*, 27(9), 769–774. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31821d8f5a>
- Tang, N. K. Y. (2018). Cognitive behavioural therapy in pain and psychological disorders: Towards a hybrid future. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 281–289. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.02.023>
- Turk, D. C., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., & Patel, K. V. (2016). Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain. *The Journal of Pain*, 17(9), T21–T49 (Suppl. 2). <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.02.006>
- van Hecke, O., Torrance, N., & Smith, B. H. (2013). Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *British Journal of Anaesthesia*, 111(1), 13–18. <https://doi.org/10.1093/bja/aet123>
- Velly, A. M., & Mohit, S. (2018). Epidemiology of pain and relation to psychiatric disorders. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 87, 159–167. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.05.012>
- Voscopoulos, C., & Lema, M. (2010). When does acute pain become chronic? *British Journal of Anaesthesia*, 105(S1), i69–i85. <https://doi.org/10.1093/bja/aeq323>
- Zaza, C., & Baine, N. (2002). Cancer pain and psychosocial factors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(5), 526–542. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00497-9](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00497-9)
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

## **Anexos**

---

## Anexo A

### **Entidades e associações colaboradoras na divulgação do questionário**

Associação Portuguesa de Apoio a Mulheres com Endometriose

Força 3P - Associação de Pessoas com Dor

Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas

Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla



## Anexo B

**Consentimento Informado**

No âmbito da nossa dissertação de mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica (Universidade de Aveiro) está a ser realizado um estudo de investigação que terá como principal objetivo estudar a perceção das pessoas com dor crónica face à dor, assim como saúde mental e estratégias de coping para lidar com a dor.

Dada a pertinência e carácter inovador deste estudo, pretendemos contribuir para o avanço da investigação em Portugal, pelo que solicitamos a sua colaboração no mesmo.

A participação nesta investigação é voluntária. Mesmo concordando em participar, poderá abandonar a investigação a qualquer momento, sem qualquer penalização. Será mantida a sua confidencialidade e anonimato ao longo de todo o processo de investigação.

Qualquer dúvida ou esclarecimento, não hesite em contactar o(a) investigador(a).

Desde já, agradecemos a sua disponibilidade para participar neste estudo e contribuir para o progresso da investigação nesta área.

---

FOI-ME DADA A OPORTUNIDADE DE LEITURA DESTE CONSENTIMENTO INFORMADO E FOI-ME EXPLICADO O PROCEDIMENTO DA INVESTIGAÇÃO. FOI-ME DADA PERMISSÃO PARA COLOCAR QUESTÕES ACERCA DA INVESTIGAÇÃO E ESSAS QUESTÕES FORAM-ME EXPLICADAS. ESTOU PREPARADO/A PARA PARTICIPAR NO ESTUDO ACIMA DESCRITO.

---

Participante

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Investigador(a) responsável

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_